



# Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) Formulario para 2026 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

---

LEA ESTA INFORMACIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE  
INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS  
EN NUESTRO PLAN.

Id. del formulario: 00026069

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos. o visite [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com).

# PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

## DUAL PLUS + RX (HMO D-SNP)

### Formulario para 2026

### (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que estará vigente a partir de 09/2025. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, además de la fecha en que actualizamos la Lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de vez en cuando durante el año.

## ¿Qué es el formulario de Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) de Providence Medicare Advantage Plans?

En este documento, usamos los términos “Lista de medicamentos” y “formulario” para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) cubrirá los medicamentos que figuran en nuestro formulario siempre que sean médicamente necesarios, se surtan en una farmacia de la red de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, revise la Evidencia de cobertura.

## ¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se producen el 1 de enero, pero Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) puede agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: [www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary).

**Cambios que pueden afectarlo este año:** En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazaremos por una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si agregaremos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o si agregaremos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le avisemos antes de que realicemos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos dicho cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?”.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante de un medicamento lo retira del mercado o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que debe retirarse por motivos de seguridad o eficacia, es posible que retiremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y más adelante demos aviso a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario cuando agregamos un genérico equivalente o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar restricciones nuevas al medicamento de marca o producto biológico original o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Podemos hacer cambios sobre la base de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario; agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones en el tratamiento escalonado a un medicamento; o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. O bien, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, podrá recibir un suministro para 30 días del medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo o un suministro para 31 días del medicamento en una farmacia de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario para 2026 que estaba cubierto a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto tiene vigencia a partir de 09/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de que a mitad de año se produzcan cambios en el formulario que no sean de mantenimiento, se lo notificaremos mediante la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o la fe de erratas para los cambios.

## **¿Cómo se utiliza el formulario?**

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Afección médica**

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de este formulario están agrupados por categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una afección cardíaca figuran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 120. En el Índice, se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos figuran en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a este, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice, y encontrará el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, según las leyes estatales.

## **¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?**

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, poseen alternativas que se denominan biosimilares.

Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para ver el análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura: La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) exige que usted o la persona autorizada a dar recetas obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para determinados medicamentos, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubre. Por ejemplo, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) proporciona 2 comprimidos al día por receta de Xtampza ER®. Esto puede ser adicional al suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) exige que usted pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) podría no cubrir el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, además de la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de otros

medicamentos similares que puedan tratar su afección. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) de Providence Medicare Advantage Plans?” en la página vii para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?**

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicio al cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su doctor y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).
- Puede pedir a Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) que haga una excepción y cubra su medicamento. Más abajo encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Cómo solicito una excepción al formulario de Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) de Providence Medicare Advantage Plans?**

Puede pedir a Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de determinados medicamentos, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no lo apliquemos y que cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del

plan o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted o le causarían efectos médicos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde que recibimos la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo con ello, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión hasta 72 horas. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada a dar recetas nos pide una decisión rápida, debemos comunicarle la decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Usted puede ser un miembro nuevo o ya afiliado a nuestro plan y estar tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre cómo solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple los criterios para la aprobación, cómo cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o cómo solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su doctor determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en algunos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no está incluido en nuestro formulario o que tiene una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos que alcancen para un suministro máximo para 30 días del medicamento. Si la cobertura no se aprueba, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestro formulario, o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero han transcurrido los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de dicho medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

### **Cambio en el nivel de atención:**

Para miembros que pasan de un SNF a un LTC:  
De un SNF al hogar (minorista):  
De un LTC a un LTC:  
De un hospital al hogar (minorista):

### **Días de suministro**

Suministro para 31 días  
Suministro para 30 días  
Suministro para 31 días  
Suministro para 30 días

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) para sus medicamentos con receta, revise la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, además de la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

## **Formulario de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)**

En el formulario que comienza en la página 3, se proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 120.

En la primera columna de la tabla, figura el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., JANUVIA®) y los medicamentos genéricos aparecen en letra minúscula cursiva (p. ej., *lisinopril*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Se pueden encontrar las siguientes abreviaturas en el cuerpo de este documento.

#### ABREVIATURAS EN LAS NOTAS SOBRE LA COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
Restricciones en la administración de la utilización		
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su doctor) debe obtener una autorización previa de Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) antes de obtener este medicamento con receta. Sin aprobación previa, es posible que Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) no cubra este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un plazo determinado.
ST	Restricción de tratamiento escalonado	Antes de que Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) le proporcione cobertura para este medicamento, debe probar primero otro medicamento para tratar su afección médica. Este medicamento solo puede estar cubierto si el otro medicamento no le da ningún resultado.
Otros requisitos especiales de cobertura		
LA	Medicamento de acceso limitado	Este medicamento con receta puede estar disponible solo en algunas farmacias. Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos. O visite <a href="http://www.providencehealthassurance.com">www.providencehealthassurance.com</a> .

## **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

### **English**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

### **Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

### **中文 (Chinese-Simplified)**

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

### **中文 (Chinese-Traditional)**

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

### **РУССКИЙ (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

## українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

## 日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

## (Arabic) العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

## ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

## Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

### (Farsi) فارسي

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمکها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس، بهطور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

### Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

### ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

### Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

### አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ስሆን፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራገ ጅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

### ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

**ລາວ (Laos)**

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

**ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակալան արձանագրության անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներով ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

**Lus Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

## Table of Contents

<b>ANTIVIRALS</b> .....	3
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS</b> .....	3
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS</b> .....	3
<b>NON-FRF</b> .....	3
<b>OPHTHALMIC AGENTS</b> .....	5

**List of Abbreviations**

**1:** Generic: \$0, \$1.60, or \$5.10

**2:** BRAND: \$0, \$4.90, or \$12.65

**Insulins:** Important Message About What You Pay for Insulin - You won't pay more than \$35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on.

**PDMS:** Preferred diabetic medical supplies. Diabetes supplies are available through any participating pharmacy. Benefits for diabetes supplies are paid under your Part B benefit. Please refer to your Benefit Summary for additional information.

**Vaccines:** Important Message About What You Pay for Vaccines - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Customer Service for more information.

Below is a list of drug name formatting patterns that may appear in the following pages.

**List of Patterns**

**lowercase italics:** Generic drugs

**UPPERCASE:** Brand name drugs

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
<b>ANTIVIRALS</b>		
<b>Antiviral, Coronavirus Agents</b>		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
<b>Cardiovascular Agents, Other</b>		
ENTRESTO ORAL TABLET 97-103 MG	2	
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS</b>		
<b>Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers</b>		
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	2	
<b>NON-FRF</b>		
<b>Non-Frf</b>		
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	PDMS	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	PDMS	
CONTOUR METER	PDMS	
CONTOUR NEXT EZ METER	PDMS	
CONTOUR NEXT GEN METER	PDMS	
CONTOUR NEXT METER	PDMS	
CONTOUR NEXT ONE METER	PDMS	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP	PDMS	
CONTOUR PLUS BLUE METER	PDMS	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP	PDMS	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP	PDMS	
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.1 EA per 1 day)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	PDMS	PA; QL (1 EA per 90 days)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.1 EA per 1 day)
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	PDMS	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE	PDMS	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT	PDMS	

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
FREESTYLE INSULINX	PDMS	
FREESTYLE INSULINX STRIP	PDMS	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	PDMS	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	PDMS	PA
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LITE METER KIT	PDMS	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE TEST STRIP	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP	PDMS	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT	PDMS	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP	PDMS	
GLUCOCARD SHINE XL METER	PDMS	
GLUCOCARD VITAL KIT	PDMS	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP	PDMS	
MICROLET LANCET	PDMS	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT	PDMS	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PDMS	PA; QL (0.5 EA per 1 day)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PDMS	PA; QL (0.5 EA per 1 day)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE	PDMS	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
ONETOUCH ULTRA2 METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE	PDMS	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
PRECISION XTRA MONITOR	PDMS	
PRECISION XTRA TEST STRIP	PDMS	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG	1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	PDMS	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	PDMS	
TRUE METRIX GLUCOSE METER	PDMS	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP	PDMS	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	PDMS	
<b>OPHTHALMIC AGENTS</b>		
<b>Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other</b>		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	1	

## Index

ACCU-CHEK AVIVA		FREESTYLE LIBRE 2		ONETOUCH VERIO	
CONTROL SOLN.....	3	READER.....	4	REFLECT METER.....	4
ACCU-CHEK FASTCLIX		FREESTYLE LIBRE 2		ONETOUCH VERIO TEST	
LANCET DRUM.....	3	SENSOR.....	4	STRIPS.....	5
ACCU-CHEK GUIDE		FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		PAXLOVID.....	3
GLUCOSE METER.....	3	SENSOR.....	4	<i>pilocarpine hcl</i> .....	5
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2		FREESTYLE LIBRE 3		PRECISION XTRA	
CTRL SOL.....	3	READER.....	4	MONITOR.....	5
ACCU-CHEK GUIDE ME		FREESTYLE LIBRE 3		PRECISION XTRA TEST.....	5
GLUCOSE MTR.....	3	SENSOR.....	4	RENTHYROID.....	5
ACCU-CHEK GUIDE TEST		FREESTYLE LITE METER.....	4	TECHLITE PLUS PEN	
STRIPS.....	3	FREESTYLE LITE STRIPS.....	4	NEEDLE.....	5
ACCU-CHEK SMARTVIEW		FREESTYLE PRECISION		TRUE METRIX AIR	
CONTRL SOL.....	3	NEO STRIPS.....	4	GLUCOSE METER.....	5
ACCU-CHEK SOFTCLIX		FREESTYLE TEST.....	4	TRUE METRIX GLUCOSE	
LANCETS.....	3	GLUCOCARD		METER.....	5
CONTOUR METER.....	3	EXPRESSION.....	4	TRUE METRIX GLUCOSE	
CONTOUR NEXT EZ		GLUCOCARD SHINE		TEST STRIP.....	5
METER.....	3	CONNEX METER.....	4	UNIFINE SAFECONTROL	
CONTOUR NEXT GEN		GLUCOCARD SHINE		PEN NEEDLE.....	5
METER.....	3	EXPRESS METER.....	4		
CONTOUR NEXT METER.....	3	GLUCOCARD SHINE			
CONTOUR NEXT ONE		METER.....	4		
METER.....	3	GLUCOCARD SHINE			
CONTOUR NEXT TEST		METER KIT.....	4		
STRIPS.....	3	GLUCOCARD SHINE TEST			
CONTOUR PLUS BLUE		STRIPS.....	4		
METER.....	3	GLUCOCARD SHINE XL			
CONTOUR PLUS TEST		METER.....	4		
STRIP.....	3	GLUCOCARD VITAL.....	4		
CONTOUR TEST STRIPS.....	3	GLUCOCARD VITAL			
DEXCOM G6 SENSOR.....	3	SENSOR.....	4		
DEXCOM G6		JYNARQUE.....	3		
TRANSMITTER.....	3	MICROLET LANCET.....	4		
DEXCOM G7 SENSOR.....	3	MICROLET NEXT LANCING			
DROPLET GENTEEL		DEVICE.....	4		
LANCING DEVICE.....	3	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2			
DROPLET LANCETS.....	3	PLUS).....	4		
ENTRESTO.....	3	OMNIPOD 5			
FREESTYLE FREEDOM		INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	4		
LITE.....	3	ONETOUCH DELICA PLUS			
FREESTYLE INSULINX.....	4	LANCET.....	4		
FREESTYLE INSULINX		ONETOUCH ULTRA TEST.....	4		
TEST STRIPS.....	4	ONETOUCH ULTRA2			
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		METER.....	4		
SENSOR.....	4	ONETOUCH ULTRASOFT 2			
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS		LANCET.....	4		
SENSOR.....	4	ONETOUCH VERIO FLEX			
		METER.....	4		



## Salud para todos

Tenemos el compromiso de trabajar a la par de las comunidades en las que prestamos servicios, aprender sobre los desafíos únicos de la atención médica y crear soluciones tangibles para hacer que la atención médica sea más equitativa y accesible.

### **Estamos aquí para ayudar.**

Este formulario se actualizó el 09/02/2025. P Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos, o visite [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.providencehealthassurance.com).